業 務 体 制 概 要 書（1.シフト表）

店舗名：　　許可番号：千保第　　号

要指導医薬品の取扱い 有・無　第一類薬品の取扱い 有・無　一般用医薬品の取扱い 有・無　特定販売を行う時間 有・無

		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24 計
月	開店時間(h)																									
	要指導医薬品販売等時間(h)																									
	第一類医薬品販売等時間(h)																									
	一般用医薬品販売等時間(h)																									
	特定販売を行う時間(h)																									
	氏名 / 資格	資格者が勤務する時間(h)　※休憩時間等勤務していない時間帯がわかるように記載してください。																								
管資格者	㋐																									
	㋑																									
	㋒																									
	㋓																									
	㋔																									
	㋕																									
	㋖																									
	㋗																									
火	開店時間(h)																									
	要指導医薬品販売等時間(h)																									
	第一類医薬品販売等時間(h)																									
	一般用医薬品販売等時間(h)																									
	特定販売を行う時間(h)																									
	氏名 / 資格	資格者が勤務する時間(h)　※休憩時間等勤務していない時間帯がわかるように記載してください。																								
管資格者	㋐																									
	㋑																									
	㋒																									
	㋓																									
	㋔																									
	㋕																									
	㋖																									
	㋗																									
水	開店時間(h)																									
	要指導医薬品販売等時間(h)																									
	第一類医薬品販売等時間(h)																									
	一般用医薬品販売等時間(h)																									
	特定販売を行う時間(h)																									
	氏名 / 資格	資格者が勤務する時間(h)　※休憩時間等勤務していない時間帯がわかるように記載してください。																								
管資格者	㋐																									
	㋑																									
	㋒																									
	㋓																									
	㋔																									
	㋕																									
	㋖																									
	㋗																									
木	開店時間(h)																									
	要指導医薬品販売等時間(h)																									
	第一類医薬品販売等時間(h)																									
	一般用医薬品販売等時間(h)																									
	特定販売を行う時間(h)																									
	氏名 / 資格	資格者が勤務する時間(h)　※休憩時間等勤務していない時間帯がわかるように記載してください。																								
管資格者	㋐																									
	㋑																									
	㋒																									
	㋓																									
	㋔																									
	㋕																									
	㋖																									
	㋗																									

エクセルで入力する場合は、オレンジ色のセルについて入力及び確認をしてください。
手書きの場合には、色のついたセル（オレンジ色のセルと緑色のセルの両方）を記入してください。

業 務 体 制 概 要 書（1.シフト表）

		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24 計
金	開店時間(h)																									
	要指導医薬品販売等時間(h)																									
	第一類医薬品販売等時間(h)																									
	一般用医薬品販売等時間(h)																									
	特定販売を行う時間(h)																									
	氏名 / 資格	資格者が勤務する時間(h) ※休憩時間等勤務していない時間帯がわかるように記載してください。																								
管	㋐																									
資格者	㋑																									
	㋒																									
	㋓																									
	㋔																									
	㋕																									
	㋖																									
土	開店時間(h)																									
	要指導医薬品販売等時間(h)																									
	第一類医薬品販売等時間(h)																									
	一般用医薬品販売等時間(h)																									
	特定販売を行う時間(h)																									
	氏名 / 資格	資格者が勤務する時間(h) ※休憩時間等勤務していない時間帯がわかるように記載してください。																								
管	㋐																									
資格者	㋑																									
	㋒																									
	㋓																									
	㋔																									
	㋕																									
	㋖																									
日	開店時間(h)																									
	要指導医薬品販売等時間(h)																									
	第一類医薬品販売等時間(h)																									
	一般用医薬品販売等時間(h)																									
	特定販売を行う時間(h)																									
	氏名 / 資格	資格者が勤務する時間(h) ※休憩時間等勤務していない時間帯がわかるように記載してください。																								
管	㋐																									
資格者	㋑																									
	㋒																									
	㋓																									
	㋔																									
	㋕																									
	㋖																									

勤務する資格者の週当たり勤務時間数　管理者氏名　㋐（　　）

㋐ 氏名（　　）資格［　　］　時間　㋑ 氏名（　　）資格［　　］　時間
（特定販売のみを行う勤務時間を差し引いた時間数　時間）（特定販売のみを行う勤務時間を差し引いた時間数　時間）

㋒ 氏名（　　）資格［　　］　時間　㋓ 氏名（　　）資格［　　］　時間
（特定販売のみを行う勤務時間を差し引いた時間数　時間）（特定販売のみを行う勤務時間を差し引いた時間数　時間）

㋔ 氏名（　　）資格［　　］　時間　㋕ 氏名（　　）資格［　　］　時間
（特定販売のみを行う勤務時間を差し引いた時間数　時間）（特定販売のみを行う勤務時間を差し引いた時間数　時間）

㋖ 氏名（　　）資格［　　］　時間　㋗ 氏名（　　）資格［　　］　時間
（特定販売のみを行う勤務時間を差し引いた時間数　時間）（特定販売のみを行う勤務時間を差し引いた時間数　時間）

その他不定期で勤務する資格者（緊急時の応援等）の氏名及び週当たり勤務時間数

備考　※特別な休暇、資格者が従事しない業務時間がある場合等は詳細を記載。
（例：年末年始休み、一般用医薬品取扱い薬局で、薬剤師が調剤業務のみを行い、一般用医薬品販売業務を行わない場合等）

エクセルで入力する場合は、オレンジ色のセルについて入力及び確認をしてください。
手書きの場合には、色のついたセル（オレンジ色のセルと緑色のセルの両方）を記入してください。

業 務 体 制 概 要 書（2.体制省令判断等）

店舗名：　　許可番号：千保第　　号

Ⅰ 営業時間等

開店時間	月		:		～		:		火		:		～		:		水		:		～		:		木		:		～		:	
	金		:		～		:		土		:		～		:		日		:		～		:		計	①			時間			
要指導医薬品販売授与時間	月		:		～		:		火		:		～		:		水		:		～		:		木		:		～		:	
	金		:		～		:		土		:		～		:		日		:		～		:		計	②			時間			
第一類医薬品販売授与時間	月		:		～		:		火		:		～		:		水		:		～		:		木		:		～		:	
	金		:		～		:		土		:		～		:		日		:		～		:		計	③			時間			
一般用医薬品販売授与時間	月		:		～		:		火		:		～		:		水		:		～		:		木		:		～		:	
	金		:		～		:		土		:		～		:		日		:		～		:		計	④			時間			

③		－	特定販売のみ行う時間（第一類）の1週間の総和		=	第一類医薬品を販売授与する開店時間の1週間の総和	⑤	時間
④		－	特定販売のみ行う時間（一般用）の1週間の総和		=	一般用医薬品を販売授与する開店時間の1週間の総和	⑥	時間

Ⅱ 情報の提供を行う場所等

要指導医薬品又は第一類医薬品の情報の提供（指導）を行う場所	⑦	箇所
要指導医薬品又は一般用医薬品（第一類含む）の情報の提供（指導）を行う場所	⑧	箇所

Ⅲ 体制省令判断等

【薬局・店舗販売業共通】

1. 要指導医薬品又は一般用医薬品を販売・授与する店舗にあっては、「当該店舗において要指導医薬品又は一般用医薬品の販売・授与に従事する薬剤師・登録販売者の週当たり勤務時間数の総和を当該店舗内の要指導医薬品の情報の提供及び指導を行う場所並びに一般用医薬品の情報の提供を行う場所の数で除して得た数」が、「要指導医薬品又は一般用医薬品を販売・授与する開店時間の1週間の総和」以上であること。（省令1条1項10号、2条1項4号関係）

⑨資格者の週当たり勤務時間数の総和（特定販売のみ行う時間を除く）　　時間　／　⑧　　≧　⑥　　適否

2. 要指導医薬品又は第一類医薬品を販売・授与する店舗にあっては、「当該店舗において要指導医薬品又は第一類医薬品の販売・授与に従事する薬剤師の週当たり勤務時間数の総和を当該店舗内の要指導医薬品の情報の提供及び指導を行う場所並びに第一類医薬品の情報の提供を行う場所の数で除して得た数」が、「要指導医薬品又は第一類医薬品を販売・授与する開店時間の1週間の総和」以上であること。（省令1条1項11号、2条1項5号関係）

⑩薬剤師の週当たり勤務時間数の総和（特定販売のみ行う時間を除く）　　時間　／　⑦　　≧　⑤　　適否

3. 相談への対応、情報の提供及び指導その他の医薬品の販売・授与の業務に係る適正な管理を確保するため、指針の策定、従事者に対する研修の実施その他必要な措置（省令1条1項5号、14号、2条1項3号、6号関係）　　有 ・ 無

【薬局のみ】

4. 調剤に従事する薬剤師の員数が当該薬局における1日平均取扱処方箋数を40で除して得た数（その数が1に満たないときは1とし、その数に1に満たない端数が生じたときは、その端数は1とする。）以上であること。（省令1条1項2号関係）

⑪調剤に従事する薬剤師の員数　　人　≧　（⑫1日平均取扱処方箋数　　枚　／　40　＝　整数切り上げ　　）　適否

5. 当該薬局において、調剤に従事する薬剤師の週当たり勤務時間数（特定販売のみに従事する勤務時間数を除く。）の総和が、当該薬局の開店時間の1週間の総和以上で5ること。（省令1条1項6号関係）

⑩薬剤師の週当たり勤務時間数の総和（特定販売のみ行う時間を除く）　　時間　≧　①　　適否

6. 医療の安全及び情報の提供及び指導その他の調剤の業務に係る適正な管理を確保するための指針の策定、従事者の研修の実施その他必要な措置（省令1条1項12号、13号関係）　　有 ・ 無

エクセルで入力する場合は、オレンジ色のセルについて入力及び確認をしてください。
手書きの場合には、色のついたセル（オレンジ色のセルと緑色のセルの両方）を記入してください。